

UNIVERSITE DE GENEVE

FACULTE DE MEDECINE

DEPARTEMENT DE PSYCHIATRIE

PROFESSEUR G. GARRONE

ANALYSE DE L'INSTITUTION PSYCHIATRIQUE

THESE

présentée à la Faculté de médecine
de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de docteur en médecine

par

Christian ROUILLER

de
GENEVE

Thèse N° 3697

Genève
Imprimerie de la section de physique
1978



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545917_0027

UNIVERSITE DE GENEVE

FACULTE DE MEDECINE

DEPARTEMENT DE PSYCHIATRIE

PROFESSEUR G. GARRONE

ANALYSE DE L'INSTITUTION PSYCHIATRIQUE

THESE

présentée à la Faculté de médecine
de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de docteur en médecine

par

Christian ROUILLER

de
GENEVE

Thèse N° 3697

Genève
Imprimerie de la section de physique
1978

La Faculté de médecine, sur le préavis du professeur

.....Gaston Garrone.....

autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

GENÈVE, le 8 Septembre 1978

Thèse N°

3697

Le doyen
A. Cruchaud
André Cruchaud



Texte condensé de la thèse No 3697, approuvée par la Faculté de Médecine. Des copies en microfilms du texte complet peuvent être obtenues auprès de la Bibliothèque publique et universitaire de Genève. Le texte complet peut être consulté à cette bibliothèque ou à la Bibliothèque nationale suisse à Berne.

Je tiens à exprimer ma profonde reconnaissance au professeur Gaston Garrone pour les précieux conseils qu'il n'a cessé de me prodiguer et pour la bienveillance amicale qu'il m'a témoignée tout au long de ce travail.

Je remercie également le docteur Georges Schneider dont l'accord a été décisif dans la réalisation de notre enquête.

A Mad

INTRODUCTION

Les travaux effectués en psychiatrie ont été longtemps calqués sur un modèle médical qui proposait à la base que le patient était un sujet d'étude, que différents paramètres plus ou moins mesurables réglaient sa maladie, et que l'ensemble de la recherche devait s'axer sur le patient en question.

Si ces travaux ont abouti à un certain nombre de découvertes fondamentales dans les domaines biologiques et psychologiques, ils ont négligé des aspects essentiels du problème de la maladie mentale.

Ils ont, en particulier, laissé de côté les rapports de l'individu avec la société dans laquelle il vit, avant et après l'apparition de la maladie, les influences de la culture régnante sur les manifestations morbides, les contre-attitudes du public et des soignants à leur égard, ainsi que le rôle joué par les institutions dans l'histoire de la maladie et leur adéquation aux intérêts propres du malade.

La prise de conscience de ces lacunes dans la recherche psychiatrique a donné naissance, au cours des deux dernières décennies, à un intérêt croissant pour les études concernant la sociogénèse, les interactions familiales, les modes de transmission de la culture et des informations, le fonctionnement des institutions et leur relation avec les processus de repérage des "déviant" et de leur exclusion.

On a ainsi assisté à l'apparition de mouvements, à l'intérieur même de la psychiatrie, comme la socio-psychiatrie et l'antipsychiatrie, qui tout en mettant profondément en question les conceptions et les modes de faire en usage, tendaient à proposer des modèles susceptibles à la fois de rendre l'institution hospitalière réellement thérapeutique et d'aboutir à une conception préventive et non seulement réparatrice de la psychiatrie.

C'est dans ce contexte qu'il nous est apparu intéressant et peut-être instructif de nous attacher à l'étude détaillée de l'organisation et de la vie de l'institution psychiatrique où nous travaillions.

Après les travaux d'H.Simon (1929) et les observations de Hyde et York (1948), les études de Stanton et Schwartz (1954) et de Caudill (1952, 1954) ont permis de cerner, avec beaucoup d'acuité, la circulation de l'information, les vices de communication, les attitudes et le comportement du personnel soignant à l'intérieur des institutions psychiatriques.

Ceci s'étayait sur une analyse rigoureuse et au long cours des hiérarchies institutionnelles, des niveaux de responsabilités, etc. Progressivement, la formation des soignants en psychiatrie a été remise en cause par ceux-là mêmes qui la dispensaient.

La recherche psychiatrique, surtout aux Etats-Unis, est faite trop souvent par des non-psychiatres, qui ne sont pas intégrés dans une équipe traitante, et cette recherche n'a aucune relation avec les problèmes que l'on rencontre tous les jours en institution. Dans le travail que nous présentons, "l'observateur ayant participé à l'évolution créatrice de la culture dont il a noté l'histoire, espère atteindre un niveau de connaissances et de conscience plus élevé par l'examen rétrospectif des données." (Woodbury).

L'institution traditionnelle (et celle que nous étudions ici), est soumise aux lois régissant les groupes, et qui sont fondamentalement calquées sur les lois de la famille. D'un autre côté, elle répond aux besoins d'une société qui, pour assurer son homéostasie et la protection de ses biens, a pour principe d'exclure ses déviants dans un milieu "approprié", l'institution, à laquelle elle confie un mandat de cure et de surveillance - qui répond à un besoin de réparation basé sur la culpabilité de cette demande d'exclusion. (Basaglia, 1970).

Le patient psychiatrique, surtout le psychotique, une fois dans l'institution, confronte les soignants, substitue des figures parentales, crée des difficultés réelles de "prise en charge" par sa sensibilité au moindre conflit lié au rôle et au pouvoir, aux vices de communication et aux divergences d'attitude.

Racamier résume ainsi l'étude de Stanton et Schwartz: "Lorsque deux membres ou deux clans latents d'une équipe thérapeutique adoptent des points de vue divergents, ou entrent en conflit

caché et privé à propos d'un point que l'un et l'autre s'accordent à considérer comme essentiel du maniement d'un malade schizophrène, ce malade présente une aggravation de ses symptômes et une discordance de son comportement qui ne cède, mais très rapidement, qu'au moment où le conflit dont il est l'objet parvient à résolution par effacement d'un des antagonistes, ou, mieux, par dévoilement mutuel de leur désaccord et adoption d'un point de vue commun."

A maints égards, nous pensons que la structure de soins institutionnelle porte en soi tellement de contradictions qu'elle est souvent antithérapeutique, et s'oppose à la fois à l'autonomisation du patient et à l'abandon de son "refuge" dans le symptôme qu'elle prétend traiter.

L'esprit qui domine une institution étant lié aux paramètres individuels et collectifs des soignants qui la composent, nous avons décidé dans notre étude d'approcher les soignants et de tenter d'explicitier comment leur mode de penser détermine l'institution.

Afin de mieux le définir, nous avons établi un plan de travail qui comporte les points suivants:

L'attitude thérapeutique des soignants.

La communication, la circulation de l'information, l'équipe.

La formation, les responsabilités, la satisfaction professionnelles

La hiérarchie, le pouvoir et la résistance aux changements.

Après une description de l'organisation de la Clinique en tant que lieu de l'étude, nous nous intéresserons à une observation phénoménologique qui servira de description du fonctionnement de cette institution.

Ensuite suivra une étude socio-analytique des interactions entre soignants au moyen de leur vécu recueilli par questionnaire. Puis nous étudierons les causes apparentes de ce vécu et ses répercussions sur les patients. Nous basant sur la littérature, nous verrons à partir de nos constatations les évolutions possibles de l'institution psychiatrique dans les domaines mentionnés.

METHODOLOGIE

Nous avons effectué notre étude en Suisse, dans une petite Clinique psychiatrique de 65 lits, où nous avons distribué en juin 1976 un questionnaire à choix multiples à tous les soignants qui y travaillaient.

Les questions portaient sur l'attitude, la communication, la formation et le pouvoir, permettaient de dégager une tendance dans l'appréciation des soignants sur l'"esprit" de la Clinique.

50 questionnaires ont été distribués à la totalité des soignants présents à cette époque. 46 d'entre eux ont été retournés remplis à l'auteur.

Le questionnaire comportait 115 items répartis en 12 questions, la plupart d'entre elles étaient du type Lickert, deux d'entre elles étaient libres. Des commentaires pouvaient être adjoints. Dans les 46 questionnaires rendus, il y avait 82% de réponse aux items.

Ce matériel encourageant allait permettre de cerner les points chauds conflictuels de l'institution psychiatrique.

Les répondants ont été répartis en 4 groupes: 7 "cadres", 22 "soignants" de la base, 8 "stagiaires", 9 "extérieurs" au processus de soin.

Nous avons adjoint au chapitre "Communication" une étude basée sur l'observation d'une journée à la Clinique, où toutes les interactions de patient à soignant, puis de soignant à soignant, et enfin en retour, de soignant à patient étaient notées. Il était ainsi possible de suivre la circulation de l'information, son interprétation, ses éventuelles modifications, puis la délégation d'ordres émanant des conclusions retenues à partir de cette information.

Notre travail est précédé par deux chapitres décrivant le cadre de l'enquête (la Clinique), ses difficultés budgétaires, sa pénurie de personnel, son mode de fonctionnement et les rôles des différentes classes de soignants.

Notre travail pose une interrogation troublant la routine confortable de l'hôpital psychiatrique:

L'institution a-t-elle un fonctionnement thérapeutique ou n'est-elle qu'une réplique à petite échelle de la violence sociale et individuelle à l'égard du malade mental ?

Il nous est apparu qu'à la faveur de concordances d'attitude et de comportement avec le milieu ambiant, il était difficile de dépasser le stade de l'"enfermement", avec tout ce que cela comporte de pathogène.

Attitude:

L'institution psychiatrique est un milieu secrété par la société, aux mains de ses représentants et de ses délégués. Il n'est donc pas étonnant que toutes les attitudes et opinions de la société se retrouvent parmi les soignants, notamment la peur du fou, le besoin de tenir à distance les "déviant", ce qui ne semble pas près de changer (Brockman et D'Arcy, 1978) , mais aussi le désir de "réparer" en les soignant, voire en ayant la prétention très médicale de les guérir. Le déviant, celui dont la conduite s'écarte des normes tolérées, provoque de l'angoisse. La souffrance du patient passe fréquemment au second plan, parce que l'institution rigide et cloisonnée est un système de défense très efficace contre cette peur de l'irrationnel.

Dans l'hôpital, la plupart du temps, un soignant devient "soignant de Monsieur X." par hasard: Nécessité pour le soignant de trouver un emploi, et si possible peu éloigné de son domicile, désignation par l'institution d'une unité et de l'équipe soignante où il travaillera, distribution sélectionnée des patients dans les différentes unités par les cadres de l'institution.

L'établissement d'une relation thérapeutique avec Monsieur X. va dépendre de l'attitude du soignant, qui varie en fonction de ses propres déterminants sociaux, familiaux, professionnels et psychologiques.

Rapidement le soignant se conformera à un modèle implicite du soignant "moyen", répondant également au rôle que la société lui délègue par sa fonction et l'image qu'il en donne.

Nous avons vu que deux types d'attitudes fondamentales existent:

- l'une, "active", cherchant à agir sur l'individu ou son entourage,
- l'autre, "passive", donnant à l'individu des possibilités de se déterminer en fonction de ses propres paramètres.

Cette seconde attitude est rarement admise en institution (approche psychanalytique), parce qu'elle se distancie considérablement des "actes" médicaux, et confronte les soignants avec leur propre angoisse face à l'expression de processus primaires qui pourraient être leurs.

Refuge indispensable en cas de crise aiguë parfois, l'institution peut être également rejetante, soit en "oubliant" tel ou tel patient dans l'institution, soit en "externant" et resocialisant de force tel autre.

Nous avons montré qu'à la faveur d'une concordance établie entre les membres de la société et les soignants, certains patients sont rejetés hors de la société parce qu'ils sont malades, puis à nouveau rejetés en dehors ou à l'intérieur de l'institution parce qu'ils ne sont pas des malades adéquats. Ceux qui sont "convenables" semblent être ceux qui rencontrent exactement les vues des soignants et les buts thérapeutiques de l'institution, souvent ceux qui sont très "malades" et régressés, ou ceux qui vont bien et ne posent aucun problème.

À l'égard des soignants qui composent l'institution, nous remarquons les mêmes contradictions: certains y trouveront refuge contre leur propre angoisse, leur incertitude de trajectoire professionnelle, certains seront acceptés parce qu'ils assurent par un fonctionnement modal et "sans histoire" l'entropie du système, alors que d'autres seront rejetés s'ils sont novateurs face à un immobilisme sécurisant, ou ont une trop grande proximité à l'égard des patients.

Communications:

Sous ce titre, nous nous sommes efforcé d'examiner la Clinique sous l'angle systémique et de retrouver par là en quoi la restriction de l'information et les pseudo-consensus étaient fréquents.

Notre travail a montré avec quelle facilité l'institution psychiatrique peut être pathogène, dans le sens que tout le personnel soignant (à plus forte raison s'il est insuffisant en nombre et en compétence) réplique les défauts d'une cellule familiale pathogène, avec ses vices de communication (scission dans l'équipe, émission de messages contra-

dictoires simultanés (double-bind), culpabilisation du patient au sujet duquel le conflit a lieu), avec ses divergences d'attitudes, ses compétitions de pouvoir dont l'objet est le malade.

Pour supporter les contradictions de la famille, l'individu doit fonctionner sur le registre névrotique. Or le malade psychotique ne peut guérir parce que son nouveau milieu (l'institution) ne peut être autrement que calqué sur la famille. Si nous admettons que le milieu réagit en partie ainsi à cause des projections scissionnelles des patients, nous pouvons dire que le manque de contrôle de l'attitude et des messages des soignants pérennise la psychose.

La circulation de l'information dans l'institution sert également à protéger les soignants en présence: retrait, by-pass, omission sont fréquents et permettent:

- de conserver une domination sur le patient ou un pouvoir décisionnaire dans la hiérarchie (qui est souvent usurpé).
- de lutter contre le concept d'équipe qui révélerait trop d'insuffisance de formation et de connaissances au niveau des individus. (en effet, le nombre des intermédiaires et les rôles respectifs de chaque récipiendaire sont des obstacles au libre passage des informations. L'appropriation et le monopole de l'information servent en premier lieu les conflits de rôle et les luttes de pouvoir).

Hiérarchie:

Les pyramides hiérarchiques sont une garantie d'immobilisme. En raison de leur accès ancien au pouvoir, les chefs sont également ceux dont la formation est la moins précise et actualisée, et par conséquent ceux qui sentent leur fonction menacée par l'introduction de changements, où rôle et compétence pourraient être investigués, où le pouvoir pourrait être partagé au sein d'une équipe.

La notion de responsabilité, assumée par le sommet de la pyramide, sert de défense contre la planification et la répartition du travail dans la confiance.

Les difficultés auxquelles se heurtent les soignants pour partager le pouvoir en équipes détermine souvent un abandon et une fuite dans une hyperactivité dans les soins de base et les tâches ménagères. Au niveau des supérieurs, ces difficultés peuvent s'exprimer par une

démision des cadres, des réactions de prestance de leur part, ou une installation dans le confort administratif.

Les divergences quant aux buts de l'institution amènent également une rivalité de pouvoir entre le pôle médical et le pôle administratif: là aussi, le conflit se fait au détriment du patient et des soignants. Analysés en terme de "rentabilité", les soins au patient sont jugés onéreux par l'administration et le patient devient mauvais objet. Pour les soignants, les interactions avec le patient, l'exercice du pouvoir médical, le succès d'une thérapeutique peuvent être gratifiants, et le patient devient alors bon objet.

Si la société crée l'institution pour loger ses déviants, cette même société crée également l'administration qui la gère, avec mission de ne pas en faire un instrument onéreux.

Il n'est alors pas étonnant que le travail des soignants ne soit pas valorisé, que les initiatives ne soient pas soutenues, que les instruments de travail fassent défaut et que la formation soit négligée.

LIEN ENTRE CES ELEMENTS

Les dissensions au sujet du pouvoir, les attitudes divergentes, les vices de communication font que l'institution est pathogène, ou qu'en tout cas elle présente au patient "l'image du conflit inconscient qui l'anime lui-même". Il nous paraît sommaire de dire que le psychotique projette sur son entourage sa propre division du monde: Quelle que soit l'origine de la maladie, la souffrance (exprimée ou non) ne trouve pas d'apaisement, comme si le monde entier s'était donné le mot pour assurer la pérennité de la psychose.

Le patient-délégué de la famille reste patient-délégué dans l'insitution, pour que le rôle, les opinions et le pouvoir des soignants puissent être sauvegardés. Ainsi, nous remarquons que les différents thèmes abordés dans ce travail sont absolument indissolubles: Attitude, information, responsabilité, hiérarchie, satisfaction, tout se tient pour les soignants. Tout est au service d'un statu quo de l'institution justifiée par l'empirisme.

SOLUTIONS:TRAVAIL D'EQUIPE

Nous avons remarqué que seul un travail d'équipe pouvait permettre la mise à jour, l'analyse et l'interprétation des contre-attitudes, des rivalités de pouvoir, des difficultés de communication concernant le collectif soignant. C'est également en perlaborant ces difficultés en groupe que des solutions peuvent apparaître.

Mais l'approche pluridisciplinaire du malade, du groupe des malades, des familles, du groupe des soignants et de ses besoins, de la gestion de la Clinique, des besoins de matériel et de locaux, des possibilités de traitement à disposition, cette approche ne peut porter de fruits tant que la direction est divisée ou absente du groupe, c'est-à-dire si sa caution au groupe n'est pas entière.

Tout moyen de pression utilisé par le groupe pour se faire entendre a des répercussions sur les patients, qui en font les frais.

Mais si la formation d'une équipe thérapeutique peut théoriquement résoudre les problèmes de l'institution, nous avons postulé et vérifié que l'établissement d'un système ouvert "inclusif" de communications rencontrerait l'opposition de certains membres du personnel.

FORMATION

Nous pensons que c'est dans la formation du personnel soignant, formation diversifiée en fonction des aspirations, des affinités et des motivations de chacun, formation permanente ouvrant chacun aux nouvelles techniques, que nous ferons un pas.

En effet, avec un certain bagage de connaissances, le soignant peut puiser suffisamment en lui pour dépasser son angoisse fondamentale, trouver son identité propre, accepter la confrontation avec son patient, et le dialogue avec ses pairs.

Nous pensons qu'une formation psychanalytique ne peut être exigée de la totalité de l'équipe. Bien au contraire, une diversité de formations est nécessaire dans chaque unité, tout en gardant le modèle psychanalytique comme trame de fond de la relation.

Nous pensons que dans tous les domaines, une formation soutenue aux techniques de la relation permettrait à chacun de se sentir "à l'aise", de dépasser les conflits de pouvoir et l'angoisse de la folie.

Par une formation adéquate sur le plan psychiatrique, que ce soit en matière de nosologie, de traitement, de psychothérapie, et par un entraînement et une habitude à l'introspection et l'expression des sentiments, les soignants peuvent parvenir

- à analyser les attitudes et les comportements prévalant en psychiatrie (parmi patients, soignants et société) et à démasquer leurs propres contre-attitudes ;
- à repérer les vices de communication et à établir de nouveaux canaux formels ;
- à prendre très aisément la responsabilité partagée d'un patient, à en assumer le traitement, au sein d'une équipe de pairs, ayant pour principe le libre passage de toute l'information, l'élaboration commune des décisions ;
- à se responsabiliser quant à leur propre formation, dont ils auront senti le besoin, que ce soit en matière de soins, de diagnostic ou de relation.

Enfin, nous pensons que si l'institution ne gratifie pas les soignants qui y travaillent , une formation adéquate et diversifiée serait un facteur non négligeable de satisfaction et d'encouragement, capable de pallier aux difficultés de recrutement.

ADMINISTRATION, POLITIQUE ET FONCTION SOCIALE DE L'INSTITUTION

A partir de l'étude d'une petite clinique psychiatrique et de ses soignants, défavorisés par une pénurie de personnel et par un budget "étranglé", nous entendions montrer que des moyens financiers et d'effectif doivent être mis à disposition pour rendre une institution psychiatrique thérapeutique, c'est-à-dire pour lui permettre de dépasser le simple "enfermement sous surveillance".

Un tel investissement économique est nécessaire et s'avère rentable auprès du patient par une meilleure disponibilité affective, intellectuelle et physique des soignants, de par la répartition de leur tâche entre davantage de personnel qualifié et auxiliaire bien formé. L'efficacité des soignants se trouve démultipliée par une meilleure formation, par le désengorgement des principaux canaux formels de communication, ce qui facilite le partage de l'information et la délégation du pouvoir au sein des équipes, et un climat institutionnel satisfaisant pour tous.

Nous avons eu le fantasme de faire "sauter" l'hôpital psychiatrique. Mais la maladie mentale est une réalité, et certains patients, notamment schizophrènes, peuvent avoir besoin et bénéficier d'une hospitalisation au long cours, de relations différentes de celles que leur apporte leur environnement, avec des gens désignés comme leurs soignants.

Dès lors un choix est à faire entre

- une institution ayant abandonné tout espoir, faute d'un nombre de soignants suffisant, se contentant de décrire des phénomènes, de les stabiliser, de les ajourner ou de les rejeter,
- et une institution acceptant le patient, élaborant avec lui pendant le temps nécessaire et avec une trame relationnelle suffisante de soignants compétents, l'édification d'une personnalité plus solide.

Extraits bibliographiques:

Basaglia, F.: L'institution en négation. "Combats", Seuil, 1970

Brockman, J., D'Arcy, C.: Correlates of Attitudinal Social Distance. Social Psychiatry, 13 : 2, 69-77, 1978.

Caudill, W.: Psychiatric Hospital as Small Society. Harvard Univ. Press. Boston, 1958.

Hyde, R.W., York, R.H.: Technique for investigating interpersonal relationships in a mental hospital. J.Abnorm.Social Psychol., 1948, 44 (287-299).

Racamier, P.C.: Le psychanalyste sans divan. "Sciences de l'homme", Payot, Paris, 1973.

Stanton, A.H., Schwartz, M.S.: The Mental Hospital. A Study of Institutional Participation in Psychiatric Illness and Treatment. Basic Books, New York, 1954 (492 p.).

Woodbury, M.: L'équipe thérapeutique: Principe de traitement somato-psycho-social des psychoses. Information Psychiatrique, No 10, 1035-1142, 1966.

